

健康保険 資格確認書 交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください。
 ※資格確認書または被保険者証を紛失された方は、それぞれの滅失・毀損届と一緒に本申請書をご提出ください。

被保険者情報	記号・番号	記号	番号	生年月日
				昭和 平成 令和
	氏名	フリガナ -----		
	郵便番号	〒	-	電話番号 ()
住所	都 道 府 県			

交付対象者欄	氏名	続柄	理由選択欄 ※下記理由欄から理由番号を選択し必ず記載してください。

理由欄	下記理由に当てはまらない場合・選択の無い場合は受付出来ません。	
	1	マイナンバーカードを紛失したため(有効期限:2ヶ月間)
	2	マイナンバーカードの更新手続き中のため(有効期限:2ヶ月間)
	3	マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
	4	マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
	5	マイナンバーカードを作っていないため
	6	マイナンバーカードを返納したため
	7	マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため

事業主欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

受付日付印 (R6.12)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	
-------------------	--